



### COVID-19 免疫筛查和同意书\*

接受者姓名 (请用正楷书写)		首选姓名	
出生日期	当前性别 ID 在下方注明 ID: <input type="text"/>	<b>说明:</b> W – 女人/女孩 TW – 变性女人/女孩 M – 男人/男孩 TM – 变性男人/男孩 NB – 非二元性别 GNC – 非常规性别 Q – 不确定/质疑 NR – 选择不回应 GNL – 性别未列出 (写入) * 性别代词: 填写客户姓名	
出生时指定的性别 在下方注明性别: <input type="text"/>	<b>说明:</b> M – 男性 F – 女性 I – 双性人 NR – 选择不回应	婚姻状况在下方注明状态: <input type="text"/>	<b>说明:</b> S – 单身 D – 离婚 M – 已婚 W – 丧偶 V – 民事结合 U – 未知 SEPARATED – 合法分居 PARTNER – 生活伙伴
地址	城市	州	邮政编码
父母/监护人/代理人 (如果适用, 请用正楷书写)		电话	电子邮箱地址
族裔 在下方注明族裔: <input type="text"/>	<b>族裔说明:</b> DECL – 拒绝回应 HIS – 西班牙裔 NHL – 非西班牙裔 UNK – 未知	种族 在下方注明种族: <input type="text"/>	<b>种族说明:</b> AIA – 美洲原住民或阿拉斯加人 ASN – 亚裔 BAA – 非裔美国人或黑人 DECL – 拒绝回应 NHP – 夏威夷原住民或太平洋岛民 WHT – 白人 OTH – 其他或多种族
主要保险名称	主要保险 ID#	保户姓名/出生日期	保户与患者的关系
主要保险地址	主要保险集团 #	主要保险电话号码	
次要保险名称	次要保险 ID#	保户姓名/出生日期	保户与患者的关系
次要保险地址	次要保险集团 #	次要保险电话号码	
接种疫苗的诊所/诊室地点	初级保健医生地址/电话号码		

#### 筛查问卷

1.	您今天不舒服吗?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
2.	在过去 10 天内, 您是否因出现症状进行了 COVID-19 检测并仍在等待检测结果, 或因 COVID-19 感染或暴露而被医疗保健提供者或卫生部门告知在家隔离或检疫隔离?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 未知
3.	在过去 90 天中 (3 个月) 内, 您是否接受过 COVID-19 抗体治疗或恢复者血浆治疗? 如果是, 您最后一剂是什么时候接受的? 日期: _____	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 未知
4.	您是否曾有过直接过敏反应, 例如荨麻疹、面部肿胀、呼吸困难、对任何疫苗、注射剂或针剂或 COVID-19 疫苗的任何成分过敏, 或任何严重过敏 (过敏反应)?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 未知
5.	您是否怀孕或正在考虑怀孕?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 未知

6.	您是否患有癌症、白血病、艾滋病毒/艾滋病或任何其他削弱免疫系统的疾病？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 未知
7.	您是否服用任何会影响您的免疫系统的药物，例如可的松、泼尼松或其他类固醇、抗癌药物，或者您是否接受过任何放射治疗？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 未知
8.	您是否有出血性疾病、血栓史或正在服用血液稀释剂？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 未知
9.	您是否有心肌炎（心肌发炎）或心包炎（心脏周围内膜发炎）病史？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 未知
10.	您之前是否接种过 Pfizer、Moderna 或 Janssen 的 COVID-19 疫苗？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	日期： _____ (如适用)
11.	您之前是否接种过世界卫生组织（World Health Organization, WHO）授权但未获得 FDA 授权的 COVID-19 疫苗？（AstraZeneca – VAXZEVRIA、Sinovac – CORONAVAC、Serum Institute of India – COVISHIELD、Sinopharm）？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	日期： _____ (如适用)

### 紧急使用授权

FDA 已根据紧急使用授权 (EUA) 提供 COVID-19 疫苗。EUA 用于在紧急情况下（例如 COVID-19 大流行）证明在紧急情况下紧急使用药物和生物制品是合理的情况。该疫苗未经过与 FDA 批准或批准的产品相同类型的审查。然而，FDA 决定提供疫苗是基于现有的全部科学证据，表明疫苗的已知和潜在益处大于已知和潜在风险。

### 同意书

我已阅读或已向解释过有关 COVID-19 疫苗接种的信息表。我了解，如果我的疫苗需要接种两剂，我将需要接种（施打）两剂该疫苗才能使其有效。我有机会提出问题，这些问题的回答令我满意（并确保我有权为其提供代理同意书的上述人员也有机会提出问题）。我了解所描述的疫苗接种的益处和风险。

我请求为我（或我有权代表其提出此请求并提供代理同意书的上述人员）接种 COVID-19 疫苗。我知道我不会为这种疫苗支付任何费用。我明白，用于接种疫苗的任何款项或福利将被分配并转移给接种疫苗的提供者，包括来自我的健康计划、Medicare 或对我的医疗负有经济责任的其他第三方的福利/资金。我授权发布所有需要的信息（包括但不限于医疗记录、索赔副本和明细帐单）以验证付款以及根据其他公共卫生目的的需要，包括向适用的疫苗登记处报告。

接受者/代理人/监护人（签名）接受者	日期 / 时间	正楷姓名	与患者的关系 (如果不是接受者)
--------------------	---------	------	---------------------

电话口译员 ID # 或者	日期 / 时间
------------------	---------

签名：口译员	日期 / 时间	正楷书写：口译员的姓名和与患者的关系
--------	---------	--------------------

### 以下区域由疫苗接种人员完成填写

#### 患者今天接种的是哪种疫苗？

疫苗名称	施打	EUA 情况说明日期	制造商和批号
Pfizer/BioNTech	<input type="checkbox"/> 第一剂 <input type="checkbox"/> 第二剂		
Moderna	<input type="checkbox"/> 第一剂 <input type="checkbox"/> 第二剂		
AstraZeneca	<input type="checkbox"/> 第一剂 <input type="checkbox"/> 第二剂		
Janssen	<input type="checkbox"/> 单剂量		

施打部位       左三角肌       右三角肌       左大腿       右大腿

剂量       0.5 ml       0.3 ml

我已向患者（和/或父母、监护人或代理人，如适用）提供了有关疫苗的信息并获得了接种疫苗的同意。

疫苗接种人员签名：\_\_\_\_\_

\* 此表格的使用是可选的。

2021 年 7 月 12 日更新